ITEM 347 : RÉTENTION AIGUË D'URINE

Rétention Aiguë d'Urine (RAU) = rétention vésicale complète = **impossibilité totale** et brutale d'uriner malgré la réplétion vésicale.
- Urgence, grave.
- Peut se révéler par une IU permanente par mictions par rengorgement.
- Capacité vésicale = entre 300 et 500 mL, jusqu'à 1 L en cas de RAU.
- Facteur de risque d'incontinence urinaire secondaire, de confusion, de syndrome d'immobilisation et d'infection urinaire.
- Miction normale = réservoir compliant et contractant + filière urétrale libre et continente + système nerveux fonctionnel (synergie vésico-sphinctérienne).
- Cause : **obstacle sous-vésical** (le plus souvent), **altération de la commande neurologique**, **défaut de contraction vésicale.**
- Diagnostic généralement facile : globe vésical → drainage en urgence par sondage vésical ou cathétérisme sus-pubien.
- Pathologie essentiellement masculine (sauf contexte de vessie neurologique).

Causes chez la femme = post-chirurgie de l'incontinence, post-partum, post-chirurgie génitale, compression extrinsèque (prolapsus génital), iatrogène, fécalome.

DG

SF

- Antécédents :
  . Épisode antérieur de RAU.
  . HBP, cancer de prostate, tumeur vésicale.
  . Risque de sténose urétrale (traumatisme, urétrite, sondages traumatiques).
  . Intervention urologique endoscopique (RTUP, RTUV, section endoscopique du col vésical).
  . Infections (urinaire basse, prostatite).
  . Sondage urinaire permanent/intermittent.
  . Maladie neurologique (lésion médullaire, SEP, spina-bifida, maladie de Parkinson, diabète, AVC).
  . Traitement en cours (ttt favorisant RAU ou pouvant gêner la PEC : AAP, ATC).
- Contexte de survenue : spontanée ou secondaire (anesthésie générale ou loco-régionale…)
- Signes associés : dysurie, SFU, brûlures mictionnelles, hyperthermie/frissons, hématurie macroscopique…

SC

- **État algique**, anxieux et agité avec envie d'uriner permanente, pressante et douloureuse.
- **Globe vésical** : masse sus-pubienne, voussure à convexité supérieure, matité à la percussion, souvent douloureuse à la palpation (augmente l'envie d'uriner).
- **Touchers pelviens (TR ± TV)** indispensables :
  - Volume prostatique : HBP (volume de la prostate augmentée, ferme, indolore, disparition du sillon médian), cancer (nodule dur et indolore, prostate pierreuse voire blindage pelvien).
  - Douleur prostatique : prostatite.
  - Fécalome (RAU par distension de l'ampoule rectale).
  - Pathologie de l'ampoule rectale tumeur rectale, hémorroïdes…

+ Chez la femme : tumeur gynécologique, prolapsus génital.
- **Examen des OGE** : phimosis serré, sténose du méat urétral, orchi-épididymite (associée à une prostatite).
- Cas particuliers :
  - **Rétention indolore** (hypoesthésie vésicale) : diabétique, blessés, médullaires, anesthésie.
  - **Sujet âgé** (rechercher fécalome ++) : confusion, désorientation temporo-spatiale, agitation, anxiété, dyspnée.

DD

- **Anurie** (absence de sécrétion rénale d'urine) : vessie vide, sans globe vésical, sans envie d'uriner, pas de douleur pelvienne associée, IRA souvent associée → origine néphrologique.

PC

Avant drainage

Par sondage urétral	→ Aucun examen nécessaire : dériver les urines en urgence.
Par cathéter sus-pubien	- **Bilan d'hémostase** si contexte évocateur (troubles de l'hémostase ou anticoagulants). - **Échographie vésicale** : indispensable si le globe n'est pas parfaitement perçu (doute clinique), notamment chez l'obèse ou le sujet âgé confus ou en cas d'antécédent de laparotomie ou de pontage fémoro-iliaque.

Après drainage

NPO : noter le volume évacué, surveiller la diurèse (/!\ sd de lévée d'obstacle, hématurie a vacuo)
- **ECBU** systématique.
- Biologie : **créatininémie, ionogramme sanguin.**
- **Échographie du haut appareil urinaire → si fièvre ou IRA :** recherche de dilatation urétéro-pyélocalicielle ou de signes de pyélonéphrite.
(Si dilation : écho de contrôle de sa disparition à distance).
→ Jamais de dosage de PSA (fausse élévation).

Bilan étiologique

- **Écho vésico-prostatique sus-pubienne** : résidu post-mictionnel, retentissement vésical (épaississement pariétal, diverticules, lithiase), tumeur vésicale (si hématurie), évaluation de la prostate (volume, lobe médian prostatique, protrusion intravésicale).
- **Débitmétrie** éventuelle (à distance de l'épisode de RAU).
- **Urétrocystoscopie = fibroscopie urétrovésicale** : obligatoire si hématurie macroscopique associée ou difficultés de sondage (recherche sténose urétrale).
- **Bilan urodynamique** : si pathologie neurologique sous-jacente.
- **Urétrocysographie rétrograde et mictionnelle** (rarement) : bilan de sténose urétrale ou de traumatisme urétral.

<table>
<tr><td rowspan="6">PEC</td><td>Urgence thérapeutique</td><td colspan="2">- Drainage vésical en urgence : . Voies naturelle → sonde vésicale.
. Voie percutanée → cathéter sus-pubien.
- Systématiquement : relever le contenu dans la vessie (meilleur pronostic si < 600 mL), surveiller la diurèse horaire, prévenir le sd de levée d'obstacle et l'hématurie a vacuo, ECBU.</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Sondage urinaire à demeure</td><td colspan="2">= En 1re intention :
<u>Modalités</u> :
- Sur prescription médicale, geste infirmier ± en présence d'un médecin si 1er sondage chez l'homme.
- Conditions strictes d'asepsie et de stérilité, drainage déclive permanent (évite la stase urinaire).
- Éviter les sondes de petit calibre en 1re intention (sonde de Charrière 18-20 si suspicion HBP).
- Système clos obligatoire, sonde à double courant si irrigation nécessaire (hématurie).
- Ne pas utiliser de sérum physiologique pour gonfler le ballonet (risque qu'il cristallise) mais eau PPI.
- Prélèvement aseptique d'urine pour ECBU.
- Recaloter le patient (/!\ paraphimosis).
<u>Risques</u> : lésion urétrale avec sténose secondaire.</td></tr>
<tr><td>CI</td><td>- Sténose urétrale.
- Traumatisme de l'urètre (notamment chez le polytrauma : fracture du bassin).
- Prostatite aiguë (contre-indication relative, possibilité si patient apyrétique et après ATB).
- Sphincter urinaire artificiel (nécessité de désactivation du système préalablement).</td></tr>
<tr><td rowspan="4">Cathétérisme sus-pubien</td><td colspan="2"><u>Avantages</u> : ø fausse route urétrale, épreuve de clampage possible (reprise mictionnelle ?), ↘ complications locales au long cours, bon système de drainage à moyen terme.

<u>Modalités :</u>
- Acte médical, conditions strictes d'asepsie et de stérilité (4 temps).
- S'assurer de l'existence formelle d'un globe vésical : risque de perforation d'une anse intestinale.
- Repérage du point de ponction (intersection entre ligne médiane de l'abdomen/ligne horizontale à 2 travers de doigts au-dessus de la symphyse pubienne).
- sous AL, incision cutanée puis mise en place du cathéter.</td></tr>
<tr><td>Indication</td><td>- En 2de intention : échec ou contre-indication au sondage urétral.</td></tr>
<tr><td>CI absolue</td><td>- Absence de globe vésical ou doute diagnostic (échographie si besoin).
- Pontage vasculaire extra-anatomique sus-pubien (fémoro-fémorale croisé).</td></tr>
<tr><td>CI relative</td><td>- Antécédent ou suspicion de tumeur vésicale (risque de dissémination).
- Hématurie macroscopique (risque de caillotage, de cancer méconnu).
- Trouble de l'hémostase, patient sous anticoagulant.
- Cicatrice de laparotomie (écho abdominale préalable afin d'éliminer une anse digestive intercalée).</td></tr>
<tr><td>Conditions</td><td colspan="2">- Prévention de l'hémorragie à vacuo : clampage 15 minutes tous les 300-500 mL.
- Prévention du syndrome de levée d'obstacle : suivi diurèse, réhydratation IV en cas de polyurie.</td></tr>
<tr><td>Retrait</td><td colspan="2">= Épreuve d'ablation de sonde (nouvelle pose de SAD si aucune reprise de la diurèse) ou de clampage de cathéter (retrait si reprise de la diurèse).
- Quelques jours après l'épisode de RAU (tentative à 48 h) et après PEC de l'étiologie.
- Chez l'homme : sous α-bloquants (surtout si HBP).
- Suivi d'une mesure du RPM + avis spécialisé.</td></tr>
<tr><td rowspan="3">ETIOL.</td><td>Prostatique</td><td colspan="2">- HBP : . Incidence de 0,4-6 %/an en cas d'HBP symptomatique.
. FdR de RAU = âge, sévérité des symptômes (IPSS > 7).
. PEC : . α-bloquant et ablation de sonde à 48 h : ≈50 % de risque de récidive.
. Intervention chirurgicale d'emblée si HBP sévère/compliquée ou échec de désondage.
- Prostatite (favorisée par l'HBP) : cathéter sus-pubien ± α-bloquant, antibiothérapie 14 j.
- Cancer de la prostate : seulement pour des stades localement avancés (T3, T4), suspicion au TR.</td></tr>
<tr><td>Neurologique</td><td colspan="2">- Centrale : SEP, compression/lésion médullaire, Sd de la queue de cheval, maladie de Parkinson, AVC, lésion congénitale de la moelle (spina bifida).
- Périphérique : diabète, chirurgie lourde d'exentération pelvienne (tumeur rectale ou utérine).</td></tr>
<tr><td>Iatrogène</td><td colspan="2">- Anticholinergiques (effet direct ou secondaire) : collyre mydriatique, anticholinergique de l'instabilité vésicale, neuroleptique (phénothiazine surtout), antidépresseur tricyclique, antiparkinsonien, néfopam (Acupan®), tiémonium, β-mimétique inhalé, anticholinergique inhalé, antihistaminique.
→ Risque élevé de rétention d'urine, surtout en cas de rétention chronique avec RPM > 100 mL.
- Morphiniques (opiacés) : rachianesthésie ou anesthésie péri-durale (le plus souvent), analgésie, toxicomanie.
- Sympathomimétiques : vasoconstricteurs nasaux, β2-mimétiques (salbutamol, terbutaline).
- Inhibiteurs calciques.
- Atropiniques.</td></tr>
</table>

	Autres	- **Sténose urétrale** : post-traumatique, iatrogène (SAD traumatique, chirurgie endoscopique urologique) ou post-infectieux (urétrite sur IST) → cathéter sus-pubien ++, bilan lésionnel : UCRM. - **Traumatisme de l'urètre** : polytraumatisme avec lésion du bassin et urétrorragie → sondage urétal CI ++, UCRM préalable à la PEC des lésions urétrales → drainage par cystocathéter. - **Caillotage vésical** : nécessite une sonde double courant de gros calibre pour lavage vésical continu ± un décaillotage endoscopique ou chirurgical. - Chez la femme : cystite aiguë, **prolapsus génital**. - Pathologies anorectales (RAU fonctionnelle réflexe) : **fécalome, hémorroïdes.** - **Phimosis serré** → cathéter sus-pubien si sonde impossible puis circoncision secondaire.
CPC	Les éléments de gravité suivants (= forme compliquée de RAU) justifient une hospitalisation.	
	Fièvre	Rechercher une prostatite ++.
	Hématurie	Lavage par sonde double courant si Hu préexisante, en plus du sondage vésical.
	Insuffisance rénale aiguë obstructive	= Stase vésicale avec retentissement sur le haut appareil par augmentation de la pression intra-vésicale et reflux des urines. - **Écho : dilatation bilatérale des voies excrétrices supérieures** (urétérohydronéphrose). - **Biologie : ↗ créatininémie.** - Après drainage : . Insuffisance rénale régressive rapidement. . Possible dilatation pyélocalicielle persistante quelques semaines.
	Syndrome de levée d'obstacle	= **Tubulopathie fonctionnelle** (incapacité transitoire du rein à concentrer l'urine = lors de l'obstruction, le rein surcompense pour maintenir la diurèse → mécanisme qui persiste après dérivation des urines → polyurie et risque de déshydration). - Dépistage : surveillance horaire de la reprise de la diurèse après la levée de l'obstacle. - Diagnostic : **polyurie osmotique**, parfois majeure (>1 L/h), engageant le pronostic vital. - TTT : **réhydratation IV** adaptée aux sorties.
	Hématurie *a vacuo*	= **Hématurie macroscopique** en cas de **vidange trop rapide**, par hyperhémie des vaisseaux urothéliaux. - Favorisée par un trouble de l'hémostase ou des anticoagulants. - Prévention : vidange vésicale progressive (clamp quelques minutes tous les 500 ml).
	Vessie claquée	= **Perte des capacités contractiles de la paroi vésicale par distension détrusorienne = claquage musculaire du détrusor** : reprise retardée de la fonction vésicale (après quelques jours à quelques semaines). - Risque dû aux **altérations de la paroi vésicale** : développement de **diverticules vésicaux, récidive de RAU, rétention chronique d'urine.** - Prévention : attendre quelques jours/semaines avant ablation de SAD.